

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

380

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANDRÉ-MARCEL CERNÉA

Ancien Interne de la Maison Départementale de Nanterre

Né le 29 Octobre 1903, à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE L'HYDROSALPINX

Président de Thèse : Monsieur le Professeur J.-L. FAURE.

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR
13, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1933

1828

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANDRÉ-MARCEL CERNÉA

Ancien Interne de la Maison Départementale de Nanterre

Né le 29 Octobre 1903, à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE L'HYDROSALPINX

Président de Thèse : Monsieur le Professeur J.-L. FAURE.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1933

I. — PROFESSEURS

<i>Le Doyen</i>	M. BALTHAZARD.
	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	LENORMANT.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÆPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Professeur sans chaire	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Physiologie	N...
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	De GAUDART D ALLAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GASTINEL.
Bactériologie	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	N...
Anatomie pathologique	HUGUENIN
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie médicale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphillographie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
CHIRAY.....		CHEVASSU....	
DEBRE.....		HEITZ-BOYER	
DUVOIR.....		MATHIEU....	
FIESSINGER..		MOCQUOT ...	
LAIGNEL-LAVASTINE		PROUST.....	
		SCHWARTZ...	
MM			
LEVY-SOLAL.....	}		Clinique obstétricale
METZGER.....			
LE LORIER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR MARCEL CERNÉA

A MA MÈRE

In memoriam

A MA FEMME

En gage de ma grande affection.

A MON ONCLE, LE DOCTEUR JEAN CERNÉA

Professeur à l'Ecole Dentaire

A MA TANTE

A MON COUSIN, PIERRE CERNÉA

Externe des Hôpitaux de Paris

AUX MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR ET MADAME DENIS ETCHEVERRY

En témoignage d'une amitié sincère,

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Professeur de Clinique Gynécologique

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand honneur
de présider cette thèse.*

Hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIBIERRE

Professeur Agrégé de la Faculté
Médecin des Hôpitaux

In memoriam

AU DOCTEUR JACQUES MARTIN

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette
thèse. En témoignage de reconnaissance pour
tout l'intérêt qu'il nous a porté.*

A MES CAMARADES DE SALLES DE GARDE
DE NANTERRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. WIDAL *in memoriam*

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEJARS » »

MONSIEUR LE PROFESSEUR PISSAVY » »

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE JONG » »

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL JAQUET

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULONGUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBIERRE *in memoriam*

MONSIEUR LE PROFESSEUR SICARD » »

A MES MAITRES DE NANTERRE

AU DOCTEUR MICHAUD

AU DOCTEUR FRANÇOIS DAINVILLE

Médecins de la Maison Départementale de Nanterre

AUX DOCTEURS PERRIER, PELLETIER, ENGEL,

COLANERI, FOURNAL

A MONSIEUR LE DOCTEUR SÉNÉCHAL

*Témoignage de reconnaissance pour tous
les précieux conseils qu'il nous a
prodigués.*

Généralités

La question des salpingites aiguës ou chroniques est, depuis longtemps déjà, complètement connue. Leurs aspects cliniques, leurs complications, leurs traitements, ont fait l'objet d'innombrables travaux.

Plus récemment, la question de leur microbiologie, de leur traitement conservateur par la vaccino-thérapie, a retenu l'attention des chercheurs.

Nous ne prétendons point établir quoi que ce soit de nouveau sur la question des salpingites, en général.

Ce que nous voulons tenter de faire, c'est de mettre en lumière, et de tracer le cadre clinique, d'une forme très spéciale d'anexite, véritable maladie particulière à la trompe : l'HYDROSALPINX.

Au cours de nombreux examens, par hystéro-salpingographie, pratiqués chez des femmes stériles, nous avons été frappés par le nombre important de ces lésions silencieuses cliniquement, et ne se révélant que par des signes radiologiques. Nous avons repris alors la question sur des bases purement cliniques, et, nous sommes arrivés à nous persuader

qu'il s'agissait là, d'une véritable maladie de la trompe, maladie spéciale par sa pathogénie particulière, par son allure clinique, par ses complications.

Nous éliminerons donc, systématiquement, de ce travail toutes les formes de salpingites, aiguës ou chroniques, d'emblée, pour limiter strictement notre étude à la maladie kystique de la trompe.

HISTORIQUE

Déjà entrevue par Reymond, Dolleris, Bland et Sutton — qui ont décrit parfaitement les lésions macroscopiques de l'hydrosalpinx — découverte au cours des hystérectomies, cette affection fut traitée par de nombreux chirurgiens dans leur protocole opératoire, soit du fait de leur volume considérable, soit du fait des complications qu'elle entraînait (infection, torsion, rupture).

Plus récemment, la pratique devenue courante de l'hystéro-salpingographie, permit de diagnostiquer, avec précision, toute une série de cas de petits volumes, qui, jusque-là, échappaient aux investigations cliniques.

ETUDES CLINIQUES

SIGNES FONCTIONNELS. — L'hydrosalpinx peut revêtir différents types cliniques. D'une façon générale, la malade atteinte de cette lésion est amenée à consulter, le plus souvent, pour deux ensembles de faits :

Tantôt pour des troubles fonctionnels divers ;

Tantôt, — et c'est un cas très fréquent, — pour une stérilité invincible.

Forme se traduisant par un syndrome fonctionnel pelvien :

a) Il s'agit, dans ce cas, d'une femme, souvent encore jeune, qui vient consulter pour de vagues douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs sont plus accentuées au moment des règles, alors que l'utérus se congestionne. Au moment de la ponte ovulaire, elle voit les phénomènes douloureux présenter une recrudescence. Ces douleurs irradient tantôt vers les reins, tantôt vers les cuisses, tantôt elles présentent même, une irradiation mammaire. Une longue promenade, une marche un peu fatigante, une course en autobus, un voyage en auto, des rapports sexuels, ne font que les accroître. Devant un tel tableau de douleurs génitales, on pense à une ovarite scléro-kystique, ou, simplement, à une métrite.

L'interrogatoire nous fournit aussi des renseignements précieux. La malade se plaint souvent de troubles de ses règles : dysménorrhée, ou oligoménorrhée ; quelquefois, elle accuse de petites hémorragies.

Ces troubles de la fonction ovarienne, comme nous le verrons plus loin, nous guident déjà, et font prévoir la participation et les lésions possibles de l'ovaire, dans l'affection de la trompe.

Forme se traduisant par une stérilité invincible :

b) Dans ce cas, la malade — qui n'est pas, à proprement parler, une malade — vient consulter pour une stérilité souvent ancienne, et ayant résisté à tous les traitements institués.

Tantôt, cette stérilité est primitive s'installant d'emblée après le mariage. La malade n'a jamais eu de retard de règles. Tantôt, — et le cas est fréquent — c'est une femme jeune qui a fait, autrefois, une fausse-couche, généralement volontaire, ayant nécessité un curettage. Depuis cette époque, d'une part, la stérilité s'est installée invincible, et d'autre part des troubles menstruels, oly-hypo ou dysménorrhée, sont venus faire leur apparition.

Ces troubles menstruels peuvent d'ailleurs prendre le pas sur les autres symptômes fonctionnels, et faire en sorte que la malade ne vienne consulter uniquement que pour eux, pour une dysménorrhée, faisant penser, par exemple, à une ovarite scléro-kystique.

SIGNES PHYSIQUES. — Quel que soit le tableau fonctionnel envisagé, l'examen physique restera sensiblement le même, c'est-à-dire, qu'il demeurera à peu près négatif, quant aux signes objectifs.

LE TOUCHER. — Combiné au palper — après avoir permis de palper l'utérus qui ne présente pas le plus souvent de modifications appréciables — ira rechercher les annexes dans les culs-de-sac.

FAIT ESSENTIEL. — Ces annexes ne sont presque jamais perçues au toucher, sous la forme de masse pathologique, parfois, on sentira seulement, un utérus légèrement sensible à la mobilisation latérale ou entéro-postérieure.

Tantôt, c'est un cul-de-sac latéral ayant perdu sa souplesse ou très légèrement empâté, qui attirera l'attention.

L'EXAMEN AU SPÉCULUM ne donnera que des renseignements indirects, importants d'ailleurs pour le diagnostic étiologique, sur l'état du col de la matrice.

Tantôt col ponctiforme talpiroïde de nullipare, présentant une petite rougeur péri-orificielle, et une petite goutte muco-purulente à l'expression.

Tantôt col hypertrophié de métrite chronique avec, ou sans, ectropion, de la muqueuse — saillie kystique d'œufs de Nabott — et sécrétions glaireuses ou purulentes.

Tantôt, enfin, col en apparence sain, mais dont l'orifice entr'ouvert laisse s'écouler, sans cesse, un liquide clair albuminoïde, semblable à du blanc d'œuf non coagulé, traduisant ce que les classiques appellent « la métrite corporéale », qui n'est, en réalité qu'une hypersécrétion de l'endromètre par hypertrophie des glandes du fond.

Dans l'ensemble, on le voit, ce tableau clinique peut se résumer de la façon suivante :

Absence quasi-constante de signes objectifs annexiels avec lésions variables de métrite chronique.

On conçoit que devant ce tableau, l'on soit initialement tenté d'attribuer, faussement, à l'utérus les troubles constatés.

Fait important et trop souvent réalisé dans la pratique, les multiples traitements institués par devers l'utérus, se révèlent rigoureusement inefficaces, tant pour les troubles fonctionnels, que pour la stérilité.

C'est donc devant la carence manifeste des moyens cliniques d'exploration, que se révèle, péremptoirement, l'importance essentielle d'un moyen de diagnostic simple et précis : l'hystéro-salpingographie.

ÉTUDE RADIOGRAPHIQUE

Nous ne nous attarderons pas sur la technique, aujourd'hui bien connue et bien réglée, de cette méthode d'exploration, mais, nous renverrons, pour ce sujet, aux travaux récents, devenus classiques de MM. Douai, Cotte, Séguy et Béclair.

Normalement, lorsque l'on pousse sous une pression, contrôlée au manomètre, et sous écran, une injection lipiodolée, dans le tractus génital, on voit, au bout de quelques secondes, la cavité utérine s'injecter sous forme d'un triangle régulier, à base supérieure, animée de quelques contractions. La pression continuant, et ces contractions aidant, on voit, alors, au bout d'un laps de temps plus ou moins court, des taches latéro-utérines apparaître. Ce sont les trompes qui

s'injectent à leur tour, et des clichés instantanés pris à ce moment de l'injection, montrent parfaitement leur portion isthmique, filiforme, prolongée en dehors par leur portion ampullaire plus ou moins dilatée, et flexueuse.

A partir de ce moment, si l'on continue à pousser avec prudence l'injection, tout en prenant des clichés en série, on saisit, sur le fait, le signe majeur attestant la parfaite perméabilité tubo-péritonéale : LE JETAGE.

Celui-ci se révèle, à ce moment, sous forme de traînées sortant en bavant du pavillon tubaire, et donnant une image brouillée typique.

Dans les cas normaux, cette série d'images s'obtient, d'ailleurs, avec une très faible pression de H. G. 100 à 150 mm. de H. G., environ.

Si l'on arrête l'injection, et que l'on retire la sonde, l'utérus s'évacue en quelques secondes dans le vagin, mais les trompes restent injectées plus longtemps. Elles s'évacuent, à leur tour, assez rapidement, mais dans le péritoine, de sorte, qu'un cliché de contrôle pris vingt-quatre heures après, montre, dans le cadre pelvien, une image typique d'ombre brouillée, étalée dans le bassin ; *c'est le jetage secondaire*, signe pathognomonique de la parfaite perméabilité tubaire.

En cas d'hydrosalpinx, l'hystérosalpingographie va nous donner des images d'une netteté parfaite, et d'une interprétation facile et indiscutable.

La cavité utérine s'injecte normalement, parfois latéroversée.

Les trompes s'injectent normalement dans leur portion isthmique, mais, déjà, le volume anormal de leur portion ampullaire peut mettre en éveil un œil averti.

Au fur et à mesure de l'injection, on voit cet aspect se préciser; l'image utérine paraissant flanquée de deux taches sombres, de volume et de forme variables, mais fixes, à *contour net et sans bavure*.

Enfin, et ce fait est capital, un cliché de contrôle pris vingt-quatre heures après, montre que ces deux taches correspondant aux deux cavités infundibulaires dilatées et fermées, restent inchangées dans leur forme et dans leur aspect, et cela : souvent pendant plusieurs semaines voire même plusieurs mois et sont retrouvées par des examens ultérieurs.

C'est la permanence paradoxale dans certains cas de cet aspect qui a permis à Aubourg de parler de « huilome tubaire ». Le toucher vaginal pratiqué sous écran permet de noter que ces taches sont, le plus souvent mobiles et indolores à la palpation, et, d'autre part, elles ne correspondent pas à une masse annexielle perceptible par les doigts.

Ce dernier fait souligne donc encore l'importance de la radiographie tubaire qui montre des lésions indiscutables que l'on voit, et que le doigt ne sent pas. C'est donc un examen extrêmement précieux pour étayer et affirmer un diagnostic qui, sans lui, ne peut être fait que d'impression. Nous nous

devons de signaler que, quelquefois, il peut se produire, exceptionnellement une erreur d'interprétation, tel que l'a signalé le Docteur Sénéchal dans une communication à la Société de Gynécologie.

C'est à dessein que nous avons négligé de décrire les renseignements fournis par l'insufflation tubaire.

Cette dernière méthode, précieuse et recommandable dans certains cas, présente, dans ce cas particulier, l'inconvénient de ne renseigner uniquement que sur la perméabilité ou l'imperméabilité des trompes.

En aucun cas, en effet, elle ne renseigne sur le siège, la forme et la nature de l'obstacle. C'est donc une méthode qui, dans le cas d'hydrosalpinx doit céder le pas, et de loin, à l'hystérosalpingographie.

Pathogénie et Anatomie pathologique

A) MÉCANISME DE L'OBLITÉRATION.

De ce qui précède, nous voyons que le fait anatomique majeur caractéristique de l'hydrosalpinx réside dans l'oblitération de l'ostium abdominale.

Cette oblitération est, pratiquement, exception faite des cas douteux (bouchon muqueux), toujours d'origine inflammatoire.

Or, entre les salpingites vraies, et l'hydrosalpinx, il n'y a à cet égard aucune différence essentielle. Ce qui fait l'individualité de la lésion qui nous intéresse, c'est le caractère segmentaire, localisé, de l'inflammation salpingienne, au niveau du pavillon et de ses franges.

Ce mécanisme a d'ailleurs été étudié par Reymond. Du côté de l'orifice utérin l'oblitération existe à peine. La lumière de la trompe reste perméable. Du côté de l'orifice péritonéal, il n'en est pas de même, et l'oblitération est complète : le mécanisme de la fermeture du pavillon reposant tout entier sur le fait que la face externe des franges du pavillon est recouverte par le péritoine.

C'est aux dépens de cette face externe des franges qui

possèdent comme toutes les séreuses, la propriété de créer les adhérences rapides, que ce fait l'oblitération.

La muqueuse n'y prend, en général, qu'une part exceptionnelle. Sous l'influence de l'infection et de l'inflammation, les franges du pavillon se boursoufflent, s'épaississent, adhèrent les unes aux autres, par leurs bords, et se rapprochent peu à peu. Épaissies, elles viennent se mettre en contact les unes des autres. Les franges se replient sur elles-mêmes, se recroquevillent, et tendent à rentrer dans le pavillon.

Leur face séreuse entre alors en contact, des adhérences s'établissent entre elles, et l'oblitération se trouve réalisée : l'hydrosalpinx est constitué.

B) EVOLUTION ANATOMIQUE DE LA TROMPE.

L'occlusion infundibulaire étant réalisée et le drainage de la cavité par l'ostium utériné s'avérant insuffisant, il est évident que toute sécrétion tubaire, va tendre à s'accumuler dans la trompe, à s'y enkyster, à la dilater.

C'est ainsi que les sécrétions normales de la muqueuse tubaire, au cours du cycle oestral, de même que les sécrétions pathologiques, liées à la folliculite muqueuse de la trompe, vont tendre à la production d'un épanchement de liquide généralement clair, parfois légèrement teinté de sang, dont le volume variable conditionnera les modifications structurales de la paroi salpingienne.

Histologiquement, en effet, les parois sont fortement mo-

difiées. La muqueuse présente des lésions variables, allant de la simple desquamation épithéliale avec perte de l'épithélium cilié, jusqu'à la formation de villosités à type inflammatoire. D'autre part, fait essentiel, la tunique musculaire tubaire est presque complètement détruite, remplacée par un tissu conjonctif lâche et élastique, réalisant au stade ultime, ces poches à paroi mince, remplies d'un liquide séro-albuminoïde, ce qui explique que le toucher ne révèle rien, nous trouvant en présence d'une masse qui se lasse facilement déprimer.

L'ovaire ne reste pas étranger à ce processus inflammatoire; il adhère généralement par sa corticalité au kyste tubaire, se vacuolise réalisant un kyste intra-ovarien, et, l'amincissement de la couche de parenchyme cortical, arrive, bien souvent, à réaliser un kyste tubo-ovarien, à poches multiples. Ces lésions rendent compte des troubles endocriniens, ovariens, constatés dans le tableau clinique.

Etiologie

Nous nous trouvons donc en présence d'une lésion anatomique déterminée par une salpingite segmentaire, localisée au segment infundibulaire de la trompe.

Sans reprendre la discussion sur l'infection par voie lymphatique ou par voie muqueuse (Championnière, J.-L. Faure, Reymond, Sirdey), il nous semble plus intéressant d'étudier la porte d'entrée et le germe microbien, que de rechercher le mode de propagation de l'utérus à la trompe.

En réalité l'étiologie de cette inflammation peut relever de causes diverses. En pratique, deux essentielles :

- a) L'infection gonococique latente ;
- b) L'infection utérine discrète post-abortum.

Les autres causes, tuberculose péritonéale, périviscérite, d'origine intestinale, sont, en effet, des exceptions que nous ne ferons que signaler.

A) *L'infection gonococique latente :*

Nous écarterons, d'emblée, de ce cadre, les cas d'affection gonococique aiguë, où la malade se présente avec tous les signes d'une métrite blennorragique aiguë, compliquée de salpingite mono ou bi-latérale.

Beaucoup plus fréquemment, on se trouve devant le cas du diagnostic difficile d'une gonococie chronique d'emblée, souvent conjugale, ayant eu son point de départ dans les premières semaines du mariage.

Il s'agit d'une jeune femme, dont le mari a eu, il y a quelques années, une blennorragie. A cette époque, il s'était traité avec soin, et se croyait désormais guéri.

Dans les premiers temps de son mariage, des rapports sexuels répétés, une plus grande fatigue, réveillent chez lui une gonococie qui n'était, en fait, qu'endormie, et c'est ainsi qu'il contamine sa femme.

Mais l'attention de cette dernière n'est pas attirée par les grands signes d'une infection blennorragique; que ressent-elle ? quelques vagues douleurs dans le bas-ventre, un besoin plus fréquent d'uriner, avec la fin des mictions légèrement douloureuses; peut-être, même, a-t-elle vu apparaître quelques pertes, mais elle ne s'est pas alarmée de ces petits accidents, les attribuant aux premiers rapports. Enfin, pour contribuer à la rassurer complètement; au bout de quelques jours tout est rentré dans l'ordre.

Ce n'est donc que quelques années plus tard qu'elle vient consulter un médecin tantôt pour quelques vagues douleurs dans le petit bassin, exarcerbées par la fatigue ou par une marche, tantôt pour quelques pertes sans grand caractère, tantôt, enfin, pour une stérilité demeurée inexplicable.

Ce n'est qu'après un interrogatoire serré, en exprimant

de sa mémoire ces quelques souvenirs, que nous pouvons remonter à l'origine de l'infection.

Si nous essayons de pratiquer les examens de laboratoire, nous voyons combien à cette période, il est difficile de retrouver le gonocoque chez la femme, les frottis faits avec le plus de soin, tant au niveau du col que de l'urètre sont, en général, négatifs ou d'une interprétation bien délicate.

La gono-réaction est une méthode dont les résultats ne sont pas encore d'une exactitude rigoureuse.

« Cette première atteinte gononococique peut être enrayée dans les cas heureux, par un traitement médical, mais elle ne met pas la malade à l'abri de nouvelles infections. On pourrait même dire, au contraire, qu'elle modifie anatomiquement, les organes d'une façon défavorable (oblitération partielle ou totale des trompes, hydrosalpingite) et peut-être les sensibilisent à une réinfection. En tous cas, ces réinfections autogènes ou hétérogènes, sont fréquentes, et, si elles se répètent, elles vont déterminer, à la longue, des lésions, plus ou moins marquées, des annexes et du péritoine pelvien. Une trompe oblitérée du côté abdominal, par adhérence de ces franges ou par adhérence avec l'ovaire, peut n'être longtemps qu'une salpingite en rétention séreuse, hydrosalpinx sans grands symptômes » (Lecène).

A cette période, l'examen nous montre un col petit, car en général, la femme n'a pas eu d'enfants, en pressant les

glandes endo-cervicales, on fait sourdre une goutte glaireuse et souvent même, on n'obtient rien du tout.

B) *Infection discrète post-abortionum.*

Il s'agit dans ce cas, également très fréquent, d'une femme jeune, ayant fait dans les premières années de sa vie génitale une fausse-couche provoquée vers le deuxième ou le troisième mois. Cet avortement suivi d'un curettage évacuateur, s'accompagne, en général, d'un très petit mouvement fébrile, 37°8 et 38° pendant deux à trois jours; malgré l'absence totale de complications infectieuses cliniques, cette malade est surprise, dans les années qui suivent, de constater une stérilité permanente, malgré un désir ardent de grossesse.

Il s'agit dans ce cas d'une petite endo-métrite larvée, dont l'étape utérine brève et estompée, a passé, pratiquement inaperçue, et dont la signature anatomique permanente, se retrouve, sous forme de lésions segmentaires inflammatoires, que nous avons déjà décrites au niveau du pavillon tubaire.

Dans l'ensemble de ce qui caractérise donc la genèse commune de ces faits, c'est, répétons-le, le caractère discret, latent, pratiquement inconnu, de l'affection utérine, contrastant avec la lésion définitive du pavillon tubaire réalisant ces trompes mortes physiologiquement, et que seule l'hystéro-salpingographie permet de mettre en évidence.

Complications et Pronostic

COMPLICATIONS :

1) Mécanique : reliée à l'utérus par un pédicule, la complication majeure de l'hydrosalpinx est la torsion de cette poche kystique sur son pédicule.

C'est un diagnostic difficile, mais d'une importance capitale, car c'est un diagnostic d'urgence.

Cette torsion peut se produire au cours d'un effort ou bien sans cause appréciable.

Tantôt, c'est la torsion brutale réalisant le syndrome péritonéal; elle commande l'intervention d'urgence sous peine de voir se produire un sphacèle, une rupture entraînant une péritonite diffuse; tantôt, c'est une torsion lente ou incomplète évoluant par poussées, présentant, à chaque fois des crises douloureuses, avec, petit à petit, augmentation de volume de l'hydrosalpinx.

La rupture de l'hydrosalpinx est plus rare; elle est liée à une augmentation rapide du kyste tubaire, et déterminée par une poussée congestive, associée ou non, à un traumatisme pelvien. C'est là une complication rare, cédant de pas, et de beaucoup, au pyosalpinx.

2) Infectieuse : l'hydrosalpinx évoluant lentement et à bas bruit chez une femme porteuse, par ailleurs, d'un microbisme utérin invétéré, peut, à la longue, subir une transformation progressive.

Peu à peu, on voit la température présenter, à certains moments, de petits accès fébriles correspondant à une recrudescence des phénomènes douloureux.

Les douleurs pelviennes s'accusent, irradiant vers les lombes et vers la cuisse, et, peu à peu, s'installe le tableau : d'une salpingite chronique plastique, chez laquelle le toucher montre alors la présence d'une masse annexielle latéro-utérine, plus ou moins volumineuse, rénitente, tendue, fixe et douloureuse.

Cette forme peut présenter un aspect plus grave et impressionnant : c'est le pyosalpinx par suppuration massive de tout le contenu de la poche kystique.

Nous assistons alors au tableau d'une suppuration profonde : la température est oscillante le faciès porte la marque de cette infection latente. L'examen clinique donne les signes d'un pyosalpinx. Le toucher est douloureux, l'utérus est difficilement mobilisable, le doigt sent une masse bombée dans le Douglas, masse qui, quelquefois, incite à faire une colpotomie qui, souvent, n'améliore pas l'état général de la malade ; car, à ce stade, ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre précédent, il y a le plus souvent participation de l'ovaire : nous ne nous trouvons plus en présence d'une poche

salpingienne, mais d'une tumeur ovaro-salpingienne, présentant des cloisonnements, des loges, séparées les unes des autres : la colpotomie draine une de ces poches, mais ne vide pas l'autre, aussi, l'opération par voie abdominale se trouve imposée.

3) Stérilité : ce n'est pas à proprement parler, une complication pathologique mais c'en est une au point de vue physiologique et moral.

Ainsi que nous l'avons vu précédemment le pavillon de la trompe est complètement fermé, l'ovule ne pourra pénétrer et être fécondé, mais, d'autre part, n'oublions pas qu'au cours de ces inflammations chroniques, la plupart du temps l'ovaire est touché, ses fonctions gravement lésées, et, nous avons le tableau d'un hypo-fonctionnement ovarien.

Ce sont des femmes chez lesquelles cette stérilité ne s'accompagne que d'un minimum de signes annexiels, oriente tout d'abord le diagnostic vers une cause utérine ou ovarienne.

Ces malades ont suivi longtemps des traitements opothérapiques aussi variés qu'infructueux ; des cures thermales diverses.

Bien souvent, elles ont subi des cautérisations du col, évidemment inefficaces, suivies parfois de dilatation, quelquefois même, un médecin aura tenté une fécondation artificielle vouée à l'échec.

Tous ces actes thérapeutiques ne sont pas sans être souvent responsables du déclenchement d'accidents aigus de salpingite.

C'est dire la prudence indispensable à toute thérapeutique chez une femme stérile et la nécessité absolue de contrôler l'état fonctionnel des trompes avant de commencer un traitement.

PRONOSTIC

De la rapidité du diagnostic dépend le pronostic, et c'est pourquoi, nous ne saurions trop insister sur la valeur de la radiographie dans les affections génitales de la femme.

Faite à temps, alors que les lésions n'auront pas gagné le voisinage alors que l'ovaire ne sera pas atteint, la chirurgie conservatrice a bien des ressources pour rendre leur intégrité de fonctionnement aux organes lésés.

Un diagnostic posé tardivement alors que l'ovaire est complètement dégénéré, qu'une infection a fait son apparition, laisse peu d'espoir au chirurgien d'avoir un résultat satisfaisant, surtout, qu'il est exceptionnel, à ce stade, que les lésions ne soient pas bi-latérales.

Ainsi un diagnostic précoce évite à la malade les dangers d'une transformation de l'hydro-salpinx en pyosalpinx, et, pour la femme désireuse d'une maternité, une intervention faite à temps peut lui permettre tous les espoirs. Enfin, il ne faut pas oublier que la présence d'un hydrosalpinx uni ou bi-latéral signe avec certitude d'existence d'une affection génitale chronique avec tout son cortège de dangers possibles

d'extension à la vessie, au tractus génital inférieur (bartholinite) voire même de contamination du conjoint.

DIAGNOSTIC

De ce qui précède, le diagnostic est difficile, cliniquement on peut le soupçonner difficilement l'affirmer.

DIAGNOSTIC POSITIF. — Il demeure bien entendu que de ce cadre nous avons éliminé les grosses salpingites avec masses annexielles platiques qui ne rentrent pas dans le cadre de la lésion que nous décrivons.

Toutes ces lésions sont reliées par un fait commun, la perception d'une masse annexielle juxta-utérine. Dans l'hydro-salpinx tel que nous venons de le décrire, il n'y a jamais, à proprement parler, de tumeurs annexielles perceptibles. Tout au plus, peut-on noter parfois, une légère sensibilité à la mobilisation transversale ou entéro-postérieure de l'utérus, un cul-de-sac un peu douloureux avec diminution discrète de sa souplesse.

C'est donc, répétons-le, un diagnostic qui se fait cliniquement sur les symptômes fonctionnels d'une part, et objectivement par l'épreuve radiologique, dont nous tenons à resouliner l'importance.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Eliminons d'emblée les tumeurs extra-pelviennes. Etant donné ce que nous avons vu,

il ne peut donc s'agir que d'un diagnostic des signes fonctionnels.

La métrite chronique. C'est une malade qui se plaint la plupart du temps de troubles au moment de ses règles, qui sont modifiées quant à leur rythme, quant à leur abondance. Des douleurs, des pertes, une stérilité invincible viennent compléter ce tableau.

L'examen au spéculum nous montre un col hypertrophié quelquefois érodé, et d'où sort du pus mais, nous ne trouvons aucune sensibilité à la palpation des annexes.

MÉTRITE DU CORPS. — Autrefois ainsi nommée, en réalité, il s'agit d'une hypersécrétion par hyperplasie des glandes du fond. C'est une lésion glandulaire qui sera améliorée par un traitement endocrinien approprié.

Enfin, si dans quelques cas on perçoit une petite masse annexielle, comme d'autre part, nous savons qu'un hydrosalpinx s'accompagne de troubles dysménorrhéiques, le diagnostic se posera avec une ovarite scléro-kystique et le kyste de l'ovaire. Mais rappelons encore ici que l'hydrosalpinx est une tumeur molle, mal perçue se laissant déprimer au toucher. Dans l'ovarite scléro-kystique au contraire, le toucher rencontre un ovaire dur, roulant sous le doigt en galet, et, de plus, il est douloureux. Quant au kyste de l'ovaire, c'est une tumeur juxta-utérine, séparé de l'utérus par un sillon lisse, arrondie, fluctuante ou rénitente, indolore.

Enfin nous citons par égard à l'homonymie des termes, le diagnostic avec l'hémato-salpinx.

Mais, dans ce cas, il s'agit vraiment d'un tableau entièrement différent, sur lequel nous n'insisterons pas; avec le petit retard de règles, les douleurs à type variable, et surtout l'écoulement sanguin patognomonique qui ne manque, pratiquement, jamais. C'est, nous le savons, un accident de la grossesse ectopique, et, comme tel, échappe complètement au cadre de ce diagnostic.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Avant tout, il nous faut rechercher la fausse-couche, et, surtout, essayer de retrouver, si elle n'a pas été suivie, d'un curettage, et, si dans les suites la malade n'a pas fait un petit mouvement fébrile, traduisant une infection utérine.

Si nous n'en trouvons pas dans les antécédents par un interrogatoire précis, par les analyses de laboratoire, nous tenterons de retrouver l'infection gonococcique.

Enfin, si nous ne trouvons rien, nous penserons à des causes exceptionnelles, comme par exemple, aux périviscérités de voisinage.

TRAITEMENT

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Il est bon de rappeler initialement que dans les formes non compliquées, il s'agit, tantôt de femmes venant consulter

pour un syndrome pelvien, consistant en douleurs, pertes et troubles menstruels, tantôt pour une stérilité qu'elles désirent faire cesser.

Ces divers symptômes commandent, suivant leur importance relative des traitements variables :

a) *Traitement radical*. — Hystérectomie sub-totale que l'on réserve aux formes très douloureuses gênant la femme et lorsque celle-ci a déjà des enfants ou n'en désire pas.

b) *Traitement conservateur*. — Indiqué surtout, dans les formes bénignes, chez des femmes très jeunes, à qui l'on veut éviter une castration, ou qui désirent à tout prix tenter une thérapeutique leur permettant une fécondation.

1) *Traitement médical* : la diathermie, les rayons infra-rouge, essaieront de lutter contre la douleur, la vaccinothérapie contre l'infection, enfin la cure thermale.

2) *Traitement chirurgical conservateur* : on peut penser à pratiquer l'insufflation des trompes, mais, nous croyons pouvoir affirmer, et la pratique le démontre, que, si l'injection huileuse n'a pu passer, l'air ne passera pas, et, ainsi, cette thérapeutique s'avère inopérante.

En cas d'hydrosalpinx unilatéral, ablation de l'annexe atteinte, en cas d'hydrosalpinx bilatéral, ablation du côté le plus touché, et traitement conservateur du côté relativement sain. Plusieurs interventions sont pratiquées par les chirurgiens : la première en date fut la salpingostomie (Martin, 1895) par résection de l'ampoule et suture de la trompe.

Dans la chute de la ligature, la trompe recouvrait sa perméabilité. Suivant le cas, on a recours aussi à une néostomie terminale ou latérale sur l'ampoule tubaire, soit encore simplement à la libération des franges du pavillon.

Pour rendre la trompe solidaire de l'ovaire, on fait aussi la salpingo-ovarosindèse : lorsque les deux trompes sont trop malades, au lieu de faire une hystérectomie totale ou de conserver seulement l'utérus ou un ovaire, on peut, suivant la technique d'Esste et de Tuffier, implanter l'ovaire dans l'utérus, dans la corne utérine ou dans un moignon de trompe.

Observations

OBSERVATION N° 1

Mme L..., 28 ans, bien réglée depuis l'âge de 14 ans, règles légèrement douloureuses, mariée à 17 ans.

Jamais de grossesse, ni de fausse-couche.

Quelques mois après le mariage, apparition de petites pertes jaunâtres empesant le linge, étiquetées métrite, par un médecin. Elle a fait en même temps, une petite poussée sytalgique, quelques brûlures en urinant.

Examen. — Vulve et vagin normaux, corps utérin en position verticale, culs-de-sac indolores.

Au spéculum : métrite glaireuse (blanc d'œuf).

Hytéro-salpingographie : cavité utérine normale, injection des deux trompes, légèrement dilatées, aucun jetage vingt-quatre heures après.

Hydrosalpinx bi-latéral fermé.

OBSERVATION N° 2

Mme L..., 31 ans, bien réglée depuis l'âge de 13 ans, cependant a eu les oreillons au moment de la puberté. Elle

a présenté, à ce moment, une aménorrhée de sept mois (ovarite ourlienne ?).

Mariée à 20 ans, sens génital médiocre ; depuis son mariage a fait deux fausses-couches volontaires, pas de curettage.

Actuellement, quelques pertes blanches, nervosisme, urticaire.

Examen : col normal au toucher, corps utérin légèrement déporté en arrière et à gauche, mobile et indolore, pas de masses annexielles perceptibles. Gros ovaire droit roulant sous le doigt.

Au spéculum : légère rougeur péri-orificielle.

Hystéro-salpingographie : image utérine normale, trompe droite sensiblement normale, grosse dilatation de la trompe gauche.

Contrôle : hydrosalpinx volumineux de la trompe gauche, perméabilité de la trompe droite inférieure à la normale.

Intervention : grosse masse kystique gauche, du volume d'un poing d'adulte, que l'on n'avait pas sentie au toucher ; petit fibrome pédiculé du fond utérin ; petit kyste séreux développé sur une frange du pavillon de la trompe droite : myomectomie et ablation uni-latérale des annexes gauches ; salpingolysis droit.

On termine par une hystéropexie à la Dartigue.

OBSERVATION N° 3

Mme J..., 29 ans, réglée à 10 ans, tous les 60 jours, mariée à 16 ans. Enceinte immédiatement après; depuis, bien réglée tous les 27 jours.

L'enfant est mort à sept mois de méningite (l'enfant était né avec une ophtalmie du nouveau-né, ayant duré six semaines. Depuis, stérilité absolue.

Actuellement : grosses pertes blanches, règles régulières.

Examen : col légèrement augmenté de volume avec orifice rouge, et lèvre inférieure indurée; corps en position normale, culs-de-sac souples et indolores.

Hystéro-salpingographie injection normale, col mou, retenant mal le lipiodol; bonne injection des trompes, mais imperméabilité partielle tubo-péritonéale bi-latérale; jetage secondaire nettement inférieur à la normale, avec persistance de deux taches tubaires nettes.

OBSERVATION N° 4

Mme F..., 29 ans, réglée normalement depuis l'âge de 16 ans. Premiers rapports à 23 ans.

Le conjoint aurait dit avoir eu, autrefois, une blennorragie.

Fausse-couche six mois après; depuis, pertes blanches et douleurs vives, par accès, du côté droit. Elle a subi un traite-

ment diathermique de dix séances. Elle ressent quelques brûlures en urinant.

Examen : toucher normal; col et corps normaux, pas d'annexite perceptible.

Au spéculum : sécrétions glaireuses du col.

Examen bactériologique : pas de gonocoques visibles, flore abondante, comportant des colibacilles entérocoques, streptocoques.

Hystéro-salpingographie : image utérine normale, pas d'injection tubaire droite; hydrosalpinx gauche ne s'évacuant pas secondairement.

OBSERVATION N° 5

Mme J..., 32 ans, réglée à 11 ans, règles atrocement douloureuses; elle aurait fait, il y a sept ans, une salpingite droite. Leucorrhée abondante entre les règles.

Examen col et corps normaux, sensibilité bi-latérale des culs-de-sac avec léger empatement.

Hystéro-salpingographie : injection utérine normale, pas d'injection tubaire droite, grosse dilatation de la trompe gauche, sans jetage secondaire.

Intervention : laparotomie; salpingite droite adhérente, gros kyste tubo-ovarien gauche. Hystérectomie sub-totale.

OBSERVATION N° 6

Mme D..., 28 ans, réglée depuis l'âge de 12 ans, règles toujours douloureuses, tendant à diminuer en durée et en abondance.

Mariée à 18 ans, sens génital normal.

Fausse-couche volontaire à 20 ans.

Actuellement, très légère leucorrhée, très constipée, n'a jamais présenté de phénomènes urinaires.

Examen : col et corps normaux, pas de métrite du corps, sécrétions insignifiantes.

Ovaire droit sensible et roulant sous le doigt, mobilisation utérine douloureuse de gauche à droite, aucun autre signe annexiel.

Hystéro-salpingographie : injection utérine normale, injection bi-latérale des deux trompes qui sont considérablement dilatées.

Contrôle secondaire, aucun jetage. Volumineux hydro-salpinx bi-latéral fermé.

OBSERVATION N° 7

Mme G..., 35 ans histoire ancienne de métrite kystique du col avec pertes blanches, et règles atrocement douloureuses. A subi, il y a deux ans, une amputation du col (vraisemblablement procédé de Hauzel).

Depuis, souffre constamment du ventre. Règles toujours douloureuses, stérilité invincible.

Examen : corps utérin de volume normal, moignon de col amputé, dur et ficelé, sensibilité des culs-de-sac, sans masses annexielles perceptibles.

Au spéculum : col ficelé, rouge avec kyste glandulaire, grosses sécrétions cervicales.

Pas de gonocoques décelables dans les sécrétions.

Hystéro-salpingographie (après traitement minutieux de la métrite, par diathermo-coagulation, et assèchement complet des pertes), imperméabilité tubaire droite, hydrosalpinx gauche, pas de jetage secondaire.

OBSERVATION N° 8

Mme B..., 34 ans, réglée à l'âge de 15 ans, règles peu abondantes et douloureuses ; mariée à 21 ans, jamais de grossesse.

A vu apparaître, après son mariage, quelques pertes glaireuses.

Examen : toucher vaginal normal. Pas de lésions annexielles.

Au spéculum : métrite érosive du col avec sécrétions assez abondantes.

H. S. G. : hydrosalpinx bi-latéral fermé, sans jetage secondaire.

OBSERVATION N° 9

Mme B..., 28 ans, bien réglée depuis l'âge de 11 ans, mariée à 17 ans.

Dix mois après son mariage, blennorragie révélée par des phénomènes de cystite. A ce moment présentant des gonos dans le pus urétral et vaginal. Elle n'a jamais fait d'accidents cliniques de salpingite.

Un traitement approprié a guéri la cystite, mais n'a pu venir à bout d'une leucorrhée verdâtre.

Remariée à 26 ans. A ce moment, la leucorrhée est très diminuée. L'examen bactériologique est négatif. Elle n'a jamais souffert du ventre, n'a jamais eu de grossesse.

Examen : toucher vaginal normal, pas de masses annexielles perceptibles.

Au spéculum : importante métrite du col, avec ectropion de la muqueuse et sécrétions abondantes.

H. S. - G.: (après traitement de la métrite) hydrosalpinx bi-latéral volumineux fermé, pas de jetage secondaire.

OBSERVATION N° 10

Mme H..., 35 ans, règles normales, mais très douloureuses depuis l'âge de 16 ans.

Mariée à 23 ans, jamais de leucorrhée, ni avant ni après

le mariage. Fausse-couche à 30 ans; depuis, quelques pertes glaireuses, parfois jaunâtres, et stérilité.

Examen : Corps normal, corps vertical indolore, culs-de-sac souples, non douloureux.

Au spéculum : quelques sécrétions cervicales, sans rougeur du col, petite sténose orificielle.

H. S.-G. : injection utérine normale; la trompe gauche ne s'injecte pas.

Hydrosalpinx droit fermé, pas de jetage secondaire.

OBSERVATION N° 11

Mme M..., 32 ans, vient pour métrorragie. Réglée à l'âge de 12 ans, normalement. A 22 ans, fausse-couche volontaire, pas de curettage. A 25 ans, deuxième fausse-couche.

Depuis un an, pertes rosées alternant avec des pertes blanches. Règles allongées, durant parfois jusqu'à 15 jours, présentant de temps en temps des poussées de cystite, aurait eu des gonocoques contrôlés dans le pus urétral.

Examen : Corps et col utérin fibreux, mobilisation utérine douloureuse, pas de masses annexielles perceptibles.

H. S.-G. : (après traitement de la métrite, et opothérapie) volumineux hydrosalpinx bi-latéral, sans aucun jetage secondaire.

OBSERVATION N° 12

Mme M..., 28 ans, bien réglée depuis l'âge de 14 ans, mariée à 21 ans; deux ans après, aurait fait une salpingite, avec métrite ?

Stérilité absolue depuis.

Examen : Pas de métrite du col, légères sécrétions glaireuses, col et corps de volume normaux, mobilisation utérine indolore, pas de masses annexielles perceptibles.

H. S.-G. : Image utérine normale, trompe droite imperméable ne s'injectant qu'imparfaitement dans sa portion isthmique.

Volumineux hydrosalpinx gauche, sans aucun jetage secondaire.

OBSERVATION N° 13

Mme R..., 27 ans, bien réglée depuis l'âge de 14 ans, mariée à 21 ans.

Stérilité absolue. A contracté, un an après son mariage, une spécificité bien traitée. Souffre toujours du ventre, règles douloureuses, pertes blanches, petites poussées intermittentes de cystite.

Examen : Petite métrite du col, avec sécrétions muco-purulentes, mobilisation utérine douloureuse, sensibilité bilatérale des culs-de-sac.

H. S.-G. : (après traitement de la métrite) hydrosalpinx bi-latéral, pas de jetage secondaire.

OBSERVATION N° 14

Mme R..., 26 ans, bien réglée depuis l'âge de 12 ans, mariée à 23 ans, apparition de pertes blanches après son mariage. Un an après le mariage, aurait fait une crise de salpingite droite, traitée médicalement.

Actuellement : Leucorrhée jaunâtre abondante, très constipée, pas de cystite.

Examen : Grosse métrite du col, avec sécrétions purulentes. Au toucher, utérus enté-versé et dévié à droite, petite masse annexielle à gauche.

H. S.-G. : (après un long traitement de la métrite) image utérine normale, injection partielle de la portion isthmique de la trompe gauche, hydrosalpinx droit, aucun jetage secondaire.

OBSERVATION N° 15

Mme S..., 33 ans, bien réglée depuis l'âge de 14 ans, mariée à 27 ans, enceinte 4 mois après; accouchement laborieux.

Deux ans après, avortement provoqué au deuxième mois, suivi d'un curettage; depuis, aucune grossesse, malgré des tentatives répétées. Actuellement, n'a jamais eu de pertes

blanches, a fait des accidents de pyélo-cystite avec pyurie et hématurie.

Examen : Rétroversion adhérente avec douleurs dans le douglas, pas de masses annexielles perceptibles.

Au spéculum : pas de métrite du col.

H. S.-G. : image utérine aplatie de bas en haut, oblitération complète de la trompe droite. Hydrosalpinx gauche probable dans le douglas, pas de jetage secondaire.

Intervention : Volumineuse salpingite kystique, avec participation de l'ovaire gauche, ablation uni-latérale des annexes gauches avec hystérectomie.

OBSERVATION N° 16

Mme F..., 32 ans, mariée et mère d'un enfant, vient consulter parce qu'elle souffre du bas-ventre à la suite de fatigue, de marche prolongée, de rapports.

Elle a eu un accouchement assez laborieux, elle a fréquemment des pertes blanches.

Examen : Petite métrite banale du col, le toucher ne permet de sentir aucune masse annexielle pathologique, l'utérus est sensible à la mobilisation lorsqu'on le déplace latéralement, le cul-de-sac droit semble moins souple que le gauche. Nous portons le diagnostic de salpingite ancienne refroidie, d'origine probablement puerpérale. Cette femme désirant malgré tout un second enfant et n'y parvenant pas, nous pratiquons,

après un traitement de sa métrite, une hystéro-salpingographie.

H. S.-G. : trompe droite oblitérée au ras de la corne utérine, dilatation fermée du pavillon tubaire gauche. Hydrosalpinx gauche, absence complète de jetage péritonéal immédiat et secondaire.

Du mois d'avril au mois de septembre 1931, nous faisons à cette femme un traitement médical conservateur : pansements vaginaux, vaccinothérapie, diathermie. Le résultat est médiocre. La stérilité persiste. Les douleurs ne sont pas atténuées. Nouvelle radiographie au mois de septembre ; nous retrouvons, à gauche, la tache de l'hydrosalpinx à peine modifiée.

Sur sa demande, la malade est opérée. Il s'agit bien, en effet, d'une salpingite ancienne refroidie ; les lésions anatomiques correspondent exactement à l'image radiologique. La trompe est légèrement dilatée et complètement fermée du côté péritonéal ; la trompe droite est moins altérée.

Conclusions

- I. — On peut considérer l'Hydrosalpinx comme une altération spéciale de la trompe à pathogénie mixte :
Infectieuse : par salpingite segmentaire localisée au pavillon de la trompe, réalisant, par agglutination des franges, une fermeture de l'ostium abdominalé;
Mécanique : par distension progressive de la trompe ainsi fermée, amincissement de ses parois et réalisation d'un véritable kyste tubaire.
- II. — La fermeture de l'ostium utériné est une éventualité exceptionnellement réalisée; mais, ce fait ne semble aucunement influencer sur la production de l'hydrosalpinx.
- III. — Les masses annexielles ainsi constituées sont, en général, mobiles et de consistance molle, échappant très souvent à une investigation clinique, même soigneuse.
- IV. — Devant l'absence fréquente de symptômes objectifs précis, l'hystéro-salpingographie lipiodolée demeure un procédé d'exploration extrêmement précis, sans danger, et donne des images pathognomoniques facilement interprétables.

V. — Deux causes dominant toute l'étiologie des hydrosalpinx :

a) l'infection gonococique latente ne se révélant, souvent, que par un minimum de symptômes cliniques (petites leucorrhées et phénomènes uréthro-vésicaux).

b) l'avortement, surtout provoqué, avec petite étape endométritique larvée.

VI. — Parmi les symptômes gynécologiques très divers qui amènent la malade à consulter, la stérilité demeure un des signes majeurs et doit toujours faire penser à l'oblitération tubaire devant une absence de tout signe utérin précis.

VII. — Le pronostic de l'hydrosalpinx est toujours réservé :

1° du point de vue pathologique, du fait de la transformation fréquente en salpingite sub-aiguë ou aiguë;

2° du point de vue fonctionnel : du fait que ce sont des trompes physiologiquement mortes, sans espoir de régénération, avec altération fréquente de l'ovaire.

VIII. — Le traitement radical de l'hydrosalpinx consiste dans l'ablation uni-latérale des annexes ou dans l'hystérectomie sub-totale.

Les résultats en sont excellents.

IX. — Le traitement conservateur, par contre :

soit physiothérapique (diathermie, infra-rouge, cure thermale);

soit vaccino-thérapique;

soit chirurgical (intervention plastique sur les trompes) s'avère extrêmement décevant.

Seuls les phénomènes fonctionnels peuvent, dans quelques cas, être améliorés.

Le pourcentage des grossesses observées à leur suite apparaît infiniment faible.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- JAUME. — Hydrosalpinx et fibrôme (*thèse* 1918-1919, Bordeaux).
- Van MEEDERWOORT. — De l'étiologie des hydrosalpinx.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*.
- DUTILLEUL. — Essai sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie de la trompe utérine (Paris, 1898).
- BLANC. — Lésions annexielles dans les fibrômes (Montpellier, 1910).
- CUNÉO. — La stérilité d'origine tubaire et son traitement (avril, 1923).
- TUFFIER. — Implantation de l'ovaire muni de son pédicule dans la cavité utérine (P. M. 1924).
- HARTMANN. — Implantation de l'ovaire dans l'utérus (*Gynéco et Obsté.*, 1925).
- SERKUDOFF. — Transplantation intra-utérine (*Gynéco et Obs.* 1926).
- ALBERTIN. — A propos d'hydrosalpinx et de torsion du pédicule (*Soc. Chir.* Lyon, 1905).
- ALFIERI. — Due novi casi di idiosabinge con torsione del pediculo (Bull. d. Sc. méd. chir., 1908, p. 134).

- BELL. — Torsion of pedicle in hydrosalpinx (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.* 1904, p. 514).
- BERQUET et ROMMAY. — Hydrosalpinx à pédicule tordu (*Soc. Anat.*, 1921, p. 390).
- P. BONNET et BOZON. — Torsion d'hydrosalpinx diagnostiquée cliniquement (*Soc. de Chir. de Lyon*, séance du 18 décembre 1930).
- Torsion d'hydrosalpinx diagnostiquée cliniquement (*Lyon Chir.*, 28 : 268-270, mars, avril, 1931).
- R. BORNER. — Gleichzeitige Stieldrehung einer rechtseitigen Hydrosalpinx und isolierte torsion der linken normalen tube (*Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* 97, 93-99, 1930).
- CATHELIN. — De la torsion des hydrosalpinx (*Rev. de Chir.* 1901, p. 253-406).
- P. CHABRUT. — Un cas d'hydrosalpinx tordu (*Bull. Soc. d'Obs. et de Gynéc.* 18° : 274, avril 1929).
- CHARLES et HACHE et KISSEL. — Volumineux hydrosalpinx (*Bull. Soc. d'Obs. et de Gynéc.*, 16 : 541, septembre 1927).
- N.-J. EASTMANN. — Torsion of hydrosalpinx (*Surg. Gynec. Obst.* 45 : 143-147, août 1927).
- A.-P. GIANGIOBBE. — Volvulo de la trompa por hydrosalpinx (*Semana Med.* 1 : 669-670, 15 mars 1928).
- J. GIRAUD. — Torsion d'un hydrosalpinx (*Soc. de Chirurg. de Marseille*, séance du 28 avril 1930).

- GIRAUD. — Torsion de l'hydrosalpinx (*Bull. de Méd. de la Soc. de Chir. de Marseille*, n° 5, mai 1930).
- LOP. — Hydrosalpinx. Torsion du pédicule (*Gaz des Hôp.* 1911, p. 1496).
- LARY. — Kystes salpingiens à pédicule tordu (*Soc. Anat.* 1920, p. 305).
- L.-M. MILES. — Torsion of hydrosalpinx report of case (*Minnesota Med.* 10 : 453-454, juillet 1927).
- MOUCHOTTE et PERRILLIA. — Hydrosalpinx volumineux tordu sur son pédicule (*Rev. Franç. Gyn. et Obst.* 1921, p. 577).
- PIREAU. — Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx (*Arch. Méd. Belges*, 1926, p. 161).
- A.-L. ROBINSON. — Torsion of hydrosalpinx (*Clin. J.* 57, 476, 3 octobre 1928).
- T. TORLAND. — Report of case of torsion of hydrosalpinx (*Am. J. Obst. et Gynec.* 15 : 702-704, mai 1928).
- BÉCLÈRE. — De l'hydrosalpinx à soupape (*Gynéc. et Obst.* 19 : 191-211, mars 1929).
- BLAND et SUTTON. — Hydrosalpinx (*Clin. J.* 1916, p. 133).
- BOLDT. — Hydrosalpinx simulating tubal gestation (*Am. J. Obst.* 1907, p. 859).
- BROUN. — Large hydrosalpinx with ineffective bladder (*Tr. N.-York Obst. Soc.*, 1913-16, p. 113).
- CANONNE. — Observation d'hydrosalpinx rompu (*Anjou médical*, 1911, p. 1).

- CHARLES, HOCHÉ, KISSEL. — Volumineux hydrosalpinx (*Rev. Méd. de l'Est*, Nancy. 1^{er} avril 1928, p. 265).
- COURTY et LEDIEU. — Un cas d'hydrosalpinx diagnostiqué par la salpingographie (*Soc. Méd. et Anat. clinique de Lille*, séance du 1^{er} mars 1932).
- DELAGE. — Etude pathogénique et clinique de l'hydrosalpinx (*Arch. gén. de méd.* 1904, p. 961).
- DELFOURD et LUCIEN. — Volumineux hydrosalpinx (*Soc. Obs. et Gyn.* 1926, p. 516).
- DOLERIS et ROULLAND. — L'hydrosalpinx expérimental (*Soc. Obst. et Gyn. pédiat.* 1907, p. 189).
- DUDLEY. — A unique case of hydrosalpinx (*Internat. J. Surg.* 1903, p. 338).
- E. DOUAY. — Hydrorrhée (*Gaz. Méd. de France*, p. 108-113, 15 mars 1931).
- GOSSET, LEDOUX-LEBARD et C. BÉCLÈRE. — Lipiodiagnostic de l'hydrosalpinx à soupape (*Bull. et mém. Soc. de Radil. méd. de France*, 17 : 26 janvier 1929).
- KUMAMOTO T. — Case of hydrosalpinx (*Jap. J. Obst. et Gyn.* 14 : 236-248, juin 1931).
- LABRY et CLAVEL. — Hydrosalpinx volumineux bilatéral avec adénomyomes des cornes (*Soc. de Méd. et des Sciences Méd.*, séance du 4 décembre 1929).

